

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri LAUMONNIER

Né le 22 juillet 1911, à Elbœuf-sur-Seine
Interne de l'Hôpital Saint-Joseph

LES ENDOMÉTRIOMES DU PÉRINÉE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PATHOGÉNIE DES ENDOMÉTRIOMES

Président : M. MONDOR, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{le}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri LAUMONNIER

Né le 22 juillet 1911, à Elboeuf-sur-Seine
Interne de l'Hôpital Saint-Joseph

LES ENDOMÉTRIOMES DU PÉRINÉE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PATHOGÉNIE DES ENDOMÉTRIOMES

Président : M. MONDOR, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HASARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS.... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 SCHWARTZ..... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR

Professeur de Pathologie externe à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Bichat

*En remerciement de l'honneur qu'il m'a
fait en acceptant de présider cette thèse.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LANOS

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR HUC

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

A MONSIEUR LE DOCTEUR ARMINGEAT

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

A MONSIEUR LE DOCTEUR OBERTHUR

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIFOLIAU
MONSIEUR LE DOCTEUR M.-P-WEIL
MONSIEUR LE DOCTEUR DE GENNÈS
MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR
MONSIEUR LE DOCTEUR LEHELLE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION
MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBÉCOURT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547920_0066

LES ENDOMÉTRIOMES DU PÉRINÉE

Introduction.

Dans le chapitre si vaste et depuis peu si largement prospecté des endométriomes, ceux du périnée n'occupent, à vrai dire, qu'une place numériquement restreinte. Que sont en effet les douze cas qu'il nous a été possible de découvrir dans la littérature, à côté de la multitude d'observations d'endométriomes génitaux ou extra-génitaux jusqu'à présent publiés. Or, il apparaît à la lecture, que pour tous, le problème attachant de la question des endométriomes est moins clinique que pathogénique. Et nous avons été amenés à croire que l'étude des endométriomes du périnée apportent à la discussion pathogénique une contribution au moins aussi importante que celle de la plupart des autres localisations.

On comprendra aisément la succession des différents chapitres.

L'histoire clinique tout d'abord, qui est suffisamment univoque, pour qu'une description schématique donne un résumé précis de toutes les observations.

Sa netteté n'exclut pas la possibilité d'un certain nombre d'erreurs de diagnostic.

Et la certitude ne peut être donnée que par l'examen histologique qui doit faire l'objet d'une analyse attentive. C'est en effet autour de ce substratum anatomique que se rejoignent tous les endométrïomes. Et c'est sans doute à cause de ses caractères si nettement définis, que la plupart des auteurs s'acharnent à vouloir trouver une pathogénie unique, à des néoformations dont les localisations sont si diverses, qu'on serait parfois tenté de douter de leur identité.

Les diverses théories jusqu'à présent proposées sont nombreuses. Nous les exposerons successivement.

Puis, ayant relaté, aussi complètement que possible, toutes les observations d'endométrïomes du périnée, nous verrons que leur analyse, apporte à la discussion pathogénique des éléments dont l'importance avait été jusqu'à présent méconnue.

Aspect clinique.

Les endométrïomes du périnée surviennent chez la femme aux environs de la trentaine. Ils se développent à partir d'une lésion traumatique du périnée, obstétricale ou opératoire, après un intervalle latent allant de quelques mois à plusieurs années. C'est une

tuméfaction d'aspect nodulaire qui se trouve en regard de la cicatrice. Elle se développe progressivement sans jamais atteindre cependant un volume très considérable. Mais cette tuméfaction ne prend de caractère vraiment particulier que par sa participation au cycle menstruel. A chaque période menstruelle, elle s'accompagne de troubles fonctionnels de degré variable. C'est une simple gêne périnéale d'abord, puis des poussées congestives quelquefois très douloureuses qui ont leur acmé vers le deuxième jour des règles et qui se terminent deux ou trois jours après elles. Au cours de ces crises douloureuses la tumeur augmente sensiblement de volume et peut même, dans un certain nombre de cas, être le siège d'une petite fistule qui donne issue à un suintement hémorragique. Cet écoulement sanglant persiste pendant cinq à six jours et se tarie avec la cessation des phénomènes douloureux. Il réalise une véritable fistule cataméniale hémorragique, qui a dans l'histoire clinique des endométriomes du périnée et de tous les endométriomes sous-cutanés en général, une importance diagnostique primordiale. Il n'est relaté que sept fois sur douze observations, parce qu'il semble faire partie de l'évolution progressive de la tumeur qui se fistulise par distension et non par envahissement.

Ainsi l'aspect clinique de ces endométriomes se résume-t-il à une petite tumeur nodulaire, développée au niveau d'une cicatrice périnéale et qui subit au

moment des règles une poussée congestive et parfois hémorragique.

Il est rarement donné de pouvoir suivre l'évolution spontanée de la tumeur tant il est normal, autant de désirer assurer le diagnostic par l'examen histologique, que d'essayer de soulager la malade. Cependant, l'exemple de la récurrence après intervention, signalée dans l'observation de Palmer, vient confirmer, comme on pouvait s'y attendre, le fait que cette évolution reste liée à la fonction ovarienne. C'est ainsi que l'on pût constater, qu'au voisinage de la ménopause, les crises douloureuses diminuaient d'intensité et de durée, et le volume de la tumeur présentait très nettement une tendance régressive.

Le pronostic des endométrïomes du périnée ne comportent donc pas de véritable gravité. Il en serait tout autrement si la localisation périnéale allait de pair avec une endométrïose pelvienne. Mais le fait n'est relaté dans aucune observation. On comprendra donc que l'on s'attache à la pathogénie de ces tumeurs plus volontiers qu'à leur histoire clinique.

Diagnostic.

Le diagnostic ne pose, à vrai dire, qu'assez rarement de difficiles problèmes.

Les endométrïomes du périnée siègent sous la peau

entre la fourchette vulvaire et l'orifice anal. Ils ne sauraient donc être confondus avec les lésions chroniques ou inflammatoires de la glande de Bartholin qui se trouve dans la base de la grande lèvre. Certains endométrïomes peuvent se développer en cet endroit ; mais ils sont alors à rattacher aux endométrïomes vaginaux ou aux endométrïomes du ligament rond, et présentant au point de vue pathogénique une signification toute différente, ils doivent être éliminés de cette étude.

Les symptômes fonctionnels à type de gêne, de pesanteur périnéale, sont plus souvent le fait de lésions inflammatoires que d'un endométrïome. Il peut s'agir d'abcès de la partie antérieure de la fosse ischio-rectale pouvant donner lieu à des fistules assez persistantes, mais ces fistules ne sont nullement hémorragiques. Et si les différents symptômes peuvent se trouver légèrement accrus lors de la phase congestive des règles, ils n'ont jamais ce caractère régulièrement cyclique qui est le fait le plus remarquable de l'histoire clinique des endométrïomes.

Plus souvent peut-être, du fait de la quasi-constance d'une déchirure périnéale dans les antécédents, on peut être amené à penser que le petit noyau induré que l'on perçoit est lié à l'élimination d'un fil non résorbable employé pour la périnéorrhaphie.

Il existe, enfin, à côté des endométrïomes, d'autres tumeurs du périnée également rares mais dont la morphologie est assez semblable : des lipomes, des fibromes, ou des adénomes sudoripares qui méritent

une mention spéciale. Leur consistance est moins dure, ils sont plus régulièrement arrondis, bien limités et ne se fistulisent pas à la peau. Mais, une fois encore c'est l'allure évolutive, c'est la poussée cataméniale qui donne à l'endométriome un cachet assez spécial pour que le diagnostic puisse être porté cliniquement. Cependant, en raison de l'intérêt théorique qui s'attache à cette affection, il n'en devra pas moins toujours être confirmé par l'examen anatomique, que permet l'ablation de la tumeur, effectuée également dans un but thérapeutique.

Anatomie pathologique.

Les endométriomes du périnée se présentent sous l'aspect d'un noyau dont les dimensions varient de celle d'un pois à celle d'une grosse olive. Ce noyau est anatomiquement mal limité ; son tissu se continue sans démarcation avec les tissus voisins. En effet, ces tumeurs composées d'éléments histologiquement bénins ont tendance à envahir les plans avoisinants mais sans jamais prendre l'allure des néoplasmes malins. Elles progressent par dissociation et non par invasion.

A la coupe, la tumeur est dure, de consistance fibreuse ; souvent on peut voir à l'œil nu des kystes que parsèment parfois de petits foyers hémorragiques.

A l'examen histologique, se trouvent révélés les caractères anatomiques spécifiques des endométrîomes. L'élément fondamental est le tube épithélial. Seul, dit Jayle, il est constant, seul il est absolument nécessaire pour porter un diagnostic. Ce tube épithélial est constitué par une seule rangée de cellule cylindriques souvent ciliées, disposées en un cercle complet à la coupe. Ces cellules cylindriques sont généralement hautes et tassées les unes contre les autres. Leur protoplasme est faiblement acidophile. Cependant si le tube se dilate et devient kystique, l'épithélium qui le tapisse a tendance à s'aplatir et à s'effacer. Les tubes glandulaires affectent des formes diverses. Ils peuvent être droits ou sinueux. Souvent ils se divisent en trois ou quatre branches ; parfois ils prennent la disposition en peigne ou le type arborescent. Certains possèdent des dilatations localisées ampullaires qui ont pu faire parler de pseudo-glomérules. Assez souvent, peut-être en raison des manipulations que subit la préparation, les coupes des tubes et des cavités kystiques sont vides mais on peut parfois y trouver du sang.

A vrai dire, si le tube épithélial est l'élément essentiel des endométrîomes, il ne semble pas qu'il faille dénier au tissu cytogène qui l'entoure une valeur à peu près égale. Ce tissu cytogène ou chorion est fait de cellules connectives, trapues et anguleuses, à noyau central ovoïde, riche en chromatine, à protoplasme rameux, formant avec les expansions des cellules voisines des mailles serrées ou claires, ponctuées de

vaisseaux capillaires sanguins jeunes et de lymphatiques. Ce tissu connectif jeune est presque toujours abondant au contact d'un tube à épithélium cylindrique cilié. Mais il arrive que la gaine conjonctivo-vasculaire soit réduite d'épaisseur ; minime à l'extrême. Ce fait s'observe surtout lorsque la dilatation des tubes glandulaires a abouti à la formation des kystes. Il y a volontiers un parallélisme remarquable entre la transformation cubique et l'aplatissement endothélioïde des parois épithéliales d'une part, et la réduction et l'amincissement du stroma d'autre part.

A ces deux éléments s'adjoint, plus inconstamment, un tissu musculaire lisse qui souvent se dispose en anneaux concentriques à la tumeur conjonctivo-épithéliale et dont la périphérie va dissocier, sans les envahir, les tissus environnants.

Ainsi se trouve réalisé, comme on l'a si souvent dit, un véritable utérus en miniature. Il y a certes là une très grande ressemblance morphologique qui, à elle seule, serait néanmoins susceptible d'être trompeuse. Mais les réactions physiologiques des endométrïomes prouvent une similitude plus troublante encore. La muqueuse subit à l'occasion des périodes menstruelles, des variations structurales identiques et parallèles dans le temps, à celles de la muqueuse utérine. Ils sont également soumis aux modifications gravidiques et subissent pendant la grossesse la transformation déciduale.

Ajoutons, enfin, que l'ovariotomie double ou, ce qui revient au même, la castration radiothérapique

amène la disparition de tous les phénomènes périodiques au niveau de l'endométriome en même temps qu'au niveau de la muqueuse utérine. C'est là une notion dont l'importance thérapeutique n'échappera pas.

Exposé des différentes théories pathogéniques.

Il est nécessaire d'envisager le chapitre dans son ensemble avant de rechercher, à la lumière des différentes observations, quelles théories peuvent être invoquées pour les endométriomes du périnée et quelles conclusions on peut tirer de l'existence de ceux-ci, en ce qui concerne la pathogénie générale des tumeurs endométriales.

La multiplicité des théories proposées vient de ce qu'aucune d'elles ne peut, à l'analyse, donner une explication suffisante pour tous les endométriomes quelle que soit leur localisation.

Et pourtant tous constituent une entité anatomo-clinique suffisamment nette, pour que l'unité dans la conception pathogénique, soit presque nécessaire à la satisfaction de l'esprit.

Ces théories pathogéniques peuvent être classées en deux groupes essentiels :

1° D'une part, celles qui cherchent à faire admettre que l'endométriome résulte de la transformation de tissus préexistants en un tissu semblable à celui de la muqueuse utérine.

2° D'autre part, celles qui soutiennent que le point de départ de l'endométriome est un fragment de la muqueuse utérine elle-même, se développant à distance, pour des raisons et par un mécanisme variable.

I. — L'endométriome résulte d'une transformation cellulaire.

Parmi les théories qui admettent que l'endométriome résulte d'une transformation cellulaire, les unes situent le point de départ :

a) à un vestige embryonnaire : ce sont les théories dysembryoplasiques ;

les autres :

b) à un tissu du type adulte : ce sont les théories métaplasiques.

A. — THÉORIES DYSEMBRYOPLASIQUES.

Elles ne sont en somme que l'application aux endométriomes de la théorie générale de la formation des tumeurs aux dépens de restes embryonnaires. Les débris embryonnaires incriminés, peuvent avoir deux origines :

1° le corps et le canal de Wolf ;

2° le canal de Muller.

1° La théorie wolfienne, la plus ancienne, date de 1893 et fut défendue par Recklinghausen. Celui-ci, sur les coupes, cherchait les aspects qui pouvaient le conduire à établir l'identité de forme entre les canaux des proliférations épithéliales et les canalicules urinaires des reins primitifs : images de tubes sinueux ou droits, de dilatations ampullaires, de pseudo-glomérules.

Cette théorie fut tenue quelque temps en grande faveur. Mais bientôt ardemment combattue, elle ne suscite plus actuellement qu'un intérêt historique, malgré le renouveau qu'était venu lui apporter en 1910 l'observation troublante mais unique de Chevassu.

2° A la théorie wolfienne a succédé la théorie mullérienne sous l'influence de Kossmann (1897) et de Lockstaedt (1898).

Elle comporte une base embryologique, *a priori* plus séduisante, puisque c'est aux dépens du canal de Muller que se développent l'utérus et la trompe ; mais elle ne saurait en tout cas s'appliquer qu'à ceux des endométrïomes qui sont au voisinage immédiat de l'utérus, à moins de faire intervenir la notion trop commode, de restes aberrants dispersés en divers points de l'abdomen.

Et en réalité, si le travail de Kossmann a eu une influence considérable pour détruire la théorie wolfienne, il n'a pas pu, pour cela, lui substituer la théorie mullérienne embryonnaire qui céda bientôt la place aux théories acquises.

B. — THÉORIES MÉTAPLASIQUES.

Elles sont basées sur la vieille théorie de Ranvier qui admet la possibilité de transformations cellulaires sous des influences diverses. Cette métaplasie pourrait se produire à partir des cellules de l'endothélium péritonéal :

a) C'est la théorie péritonéale métaplasique : La cellule endothéliale se transforme en cellules cylindriques à cils vibratils. La plasticité toute particulière des cellules péritonéales est une notion classique bien mise en évidence par Prenant et Branca. Robert Meyer, en 1900, l'appliqua aux endométrïomes. De nombreuses études expérimentales sont venues depuis apporter une confirmation à la possibilité d'une telle transformation.

Cette métaplasie pourrait se produire sous l'influence d'une irritation chronique. Encore faut-il admettre pour que soient réalisées ces formations endométrïoïdes que l'épithélium, en même temps qu'il se transforme, puisse acquérir un pouvoir infiltrant.

Certes, la majorité des endométrïomes extra-génitaux se développent dans des régions où le péritoine peut être en cause. De nombreuses coupes histologiques ont pu montrer, non seulement la contiguïté du péritoine et des cavités adénomyomateuses mais la continuité entre l'endothélium péritonéal et le revêtement épithélial des cavités.

Certains auteurs, et Lauche en particulier (1923),

ajoutent un argument embryologique à la possibilité de transformation de l'endothélium péritonéal en un épithélium du type de celui de la muqueuse utérine : c'est que le tractus génital se forme à partir de l'épithélium de Muller. Cet épithélium trouve son origine dans le cœlome primitif tout comme l'épithélium péritonéal. Il n'est donc pas étonnant, qu'après s'être différencié, il puisse reproduire des proliférations du type de l'endomètre ayant une fonction analogue à celle de la muqueuse utérine.

β) Pour d'autres enfin, la métaplasie peut ne pas porter uniquement sur les cellules péritonéales mais également sur l'endothélium des vaisseaux lymphatiques. Sitzenfrey a trouvé dans des ganglions contenant des formations de type endométrial, des aspects de transition graduelle entre l'endothélium aplati des sinus et l'épithélium prismatique. De sorte qu'une théorie mésothéliale plus générale a été proposée qui admet comme également possible et équivalente la métaplasie du péritoine, du revêtement ovarien et de l'endothélium lymphatique.

Si la plupart des partisans de ces théories métaplasiques accordent à l'inflammation chronique un pouvoir considérable comme facteur d'hétérotopie épithélial, d'autres se refusent à croire qu'elle puisse agir indépendamment d'une action endocrinienne. Oberling écrit : « Les cellules situées au fond des invaginations péritonéales peuvent bien devenir cylindriques, c'est là un fait banal. Mais pour que le ca-

ractère organoïde se constitue il faut admettre l'intervention d'un facteur spécial, très probablement d'une hormone ovarienne. Ce sont vraisemblablement ces hormones qui, non seulement déterminent la métaplasie, mais qui incitent cet épithélium à la prolifération. »

En tout cas si l'hormone ovarienne n'a pas sur la tumeur une influence génétique, elle joue, nous l'avons vu, un rôle primordial dans son évolution.

II. — Théories admettant que les endométrïomes dérivent de la muqueuse utérine elle-même.

Il devient donc logique de parler d'endométrïome alors que le terme de formation endométrïoïde convenait dans les hypothèses précédentes.

A. — THÉORIE DE LA PROPAGATION DIRECTE.

Elle a été défendue par Cullen (1897) qui lui avait donné le nom de théorie muqueuse acquise ou diverticulaire. Elle n'est pratiquement valable que pour les endométrïomes utérins. La muqueuse utérine ou tubaire, sous une influence inconnue et à une époque indéterminée de la vie, ou par suite d'une inflammation, pousse des prolongements dans la profondeur de l'organe. Ces prolongements, tout en se multipliant, déterminent une prolifération du tissu musculaire. Cullen s'est efforcé de montrer la continuité des élé-

ments endométriaux et de cette muqueuse : Elle est facilement discernable dans certains cas où l'on voit de véritables trainées épithéliales diverticulaires relier la muqueuse utérine au corps de la tumeur.

Dans les cas où, malgré les coupes en série, on ne trouve pas manifestement la continuité, Cullen admet la possibilité que la masse endothéliale ait été isolée, après son développement, par la formation d'un tissu conjonctif de réaction.

B. — THÉORIE DES GREFFES.

Elle prétend s'appliquer aux endométriomes extra-utérins et extra-génitaux. La néoformation aurait pour point de départ l'implantation sur le péritoine ou même dans l'épaisseur de la paroi abdominale d'un fragment minuscule de l'endomètre ou de la muqueuse tubaire. Ce fragment pourrait être greffé au cours d'une intervention abdominale : ce serait le cas des endométriomes des cicatrices de laparotomie. Il pourrait également avoir été transplanté par le mécanisme suivant, ingénieusement révélé par Sampson en 1922 : Du fait d'un obstacle à l'évacuation normale du sang menstruel, dû à une affection sténosante du col, les fragments de muqueuse desquamée que contient ce sang menstruel pourraient refluer par le pavillon de la trompe et se développer dans la cavité pelvienne. L'ovaire, par sa situation au contact du pavillon tubaire, est particulièrement exposé à recevoir des débris de muqueuse utérine.

sur sa surface, d'où la fréquence de l'endométriose ovarienne (kystes goudrons). Mais, de plus, l'ovaire peut, à son tour, être le point de départ de greffes endométriales secondaires : lorsqu'un kyste se rompt dans la cavité pelvienne, des végétations peuvent s'en détacher et s'implanter sur le péritoine, notamment dans les parties déclives. L'ovaire pourrait ainsi servir « d'hôte intermédiaire » et le passage du tissu endométrial sur l'ovaire pourrait même augmenter son aptitude à la greffe secondaire ; autrement dit exalter la « virulence » de l'implant.

C. — THÉORIE DE LA MÉTASTASE PAR VOIE LYMPHATIQUE.

Cette théorie, destinée à expliquer à elle seule tous les endométriomes quelles que soient leur forme et leur localisation, est basée sur la possibilité de transport par voie lymphatique de formations épithéliales détachées de la muqueuse utérine ou d'un endométriome pelvien. L'argument le plus probant de cette théorie, défendue par Halban en 1924, est la comparaison de ces migrations avec celles que peuvent subir les cellules choriales. On sait, en outre, que dans l'hyperplasie si fréquente de la couche profonde de la muqueuse utérine, des tubes glanduliformes s'enfoncent assez loin dans le muscle. Au cours de cette prolifération, de cette progression, des diverticules épithéliaux entre les fibres musculaires, des tubes pourraient pénétrer dans les lymphatiques. Et, de fait, des formations glandulaires ressemblant

à de la muqueuse utérine ont été découvertes par certains auteurs au niveau des ganglions lymphatiques pelviens.

Telles sont, dans leur ensemble, les théories pathogéniques qui prétendent expliquer l'origine des endométrïomes.

En quoi la connaissance récente des endométrïomes périnéaux peut-elle modifier les arguments qui ont été donnés pour ou contre ces diverses théories ? C'est ce que cherchera à définir l'analyse des douze observations jusqu'à présent connues dans la littérature et que nous publierons tout d'abord.

Observations

Obs. I. — SCHICKELE (*Mon Geb., Gyn.*, 1913).

Cette première observation est tout à fait incomplète. Elle n'a fait l'objet que d'une communication orale ; aussi la plupart des détails qui nous permettraient de tirer une conclusion pathogénique, sont-ils très insuffisamment développés.

Il s'agit d'une femme ayant eu six accouchements. A la suite d'une délivrance artificielle pour avortement il se développe une infiltration douloureuse dans le releveur de l'anus. Elle réagissait lors des périodes menstruelles et l'examen histologique a révélé qu'elle devait être interprétée, comme un endométriose typique.

Obs. II. — PALMER (*Proceed of the Royal Soc. Med.*, 18, 83, 1925).

Il s'agit d'une femme de quarante et un ans qui est examinée, le 30 juin 1924. Elle a présenté deux grossesses normales et, il y a quatre ans une fausse couche. Lors du premier accouchement, survenu il y a seize ans, il s'est produit une déchirure périnéale qui a été suturée. Neuf ans après, elle a été curetée pour des métrorragies qui duraient depuis 18 mois et qui ont bientôt rendu nécessaire une hystérectomie subtotale. En juin, 1924 la ma-

lade se plaint de tiraillements douloureux dans l'aîne, de légères hémorragies intestinales lors de la défécation, et d'une gêne périnéale qui survient par crise. Le suintement sanguin s'est renouvelé depuis six semaines et semble dû à des hémorroïdes.

L'examen montre un certain degré de cystocèle, une déficience du périnée et une métrite chronique du col utérin. A première vue, il n'existait pas d'hémorroïdes, et la malade ne saignait pas lors de l'examen. Lorsqu'elle fut examinée ultérieurement sous-anesthésie, alors que les hémorragies étaient réapparues la sigmoïdoscopie ne révéla aucune anomalie au niveau du rectum, mais pendant l'examen, on constata l'existence d'une petite tache de sang à la surface de la peau de la cicatrice périnéale. Elle permit de mettre en évidence une petite fistule hémorragique sur le périnée et au-dessous de son orifice, sur le trajet de la couture, existait un nodule dur, à limites mal définies, de 1 cm. 5 de diamètre environ. Ce nodule fut enlevé lors de la périnéorrhaphie. L'examen anatomopathologique pratiqué par le Dr Ernest Shaw donna les résultats suivants :

Un grand nombre de glandes à cellules cylindriques se trouvent intéressées par le plan de section ; le plus important groupe de glandes se trouvent situé juste sous l'épithélium de revêtement. Les cellules cylindriques qui tapissent le tube glandulaire sont disposées en une seule rangée ; certaines de ces glandes sont dilatées et kystiques. Les tubes sont entourés d'un stroma composé d'amas denses de petites cellules rondes ovales ou fusiformes. L'aspect rappelle en tous points celui de la muqueuse du corps utérin. Il existe du sang dans certains tubes glandulaires et par endroits entre les cellules du stroma. Entre

les groupes de glandes existent du tissu fibreux et des fibres musculaires striées et non striées ; il y a une infiltration considérable de petites cellules rondes inflammatoires. La surface de section est partiellement couverte par un épithélium de desquamation. A côté d'un important groupe de glandes se trouve une cavité kystique irrégulière. Cette cavité kystique est tapissée, dans sa plus grande partie, par un épithélium pavimenteux, mais une petite portion est revêtue d'une seule couche de cellules cylindriques, analogues à celles qui tapissent la lumière des tubes glandulaires. La transition entre l'épithélium pavimenteux et l'épithélium cylindrique est brusque. A la partie la plus profonde de la coupe on voit différents tubes inclus dans le tissu fibreux de l'utérus sans interposition de stroma.

La malade quitte l'hôpital en juillet 1924, elle est revue au mois d'octobre. Elle présente alors des symptômes de ménopause et se plaint de prurit, d'irritation périnéale et de gêne à la défécation. Ces symptômes surviennent par crises à sept ou dix jours d'intervalle. La dernière crise, maintenant terminée, fut la moins vive. L'examen montrait un petit nodule sensible, environ de la taille d'une cerise, juste sous la peau en regard et légèrement à gauche de l'orifice anal. Ce nodule fut considéré comme s'étant développé à l'occasion de la périnéorrhaphie et résultant de l'oblitération des tubes glandulaires dirigés vers la surface de la peau et qui n'avaient pas été enlevés lors de l'intervention. Mais comme les crises diminuaient de gravité et que la malade semblait être au voisinage de la ménopause, on lui conseilla de se contenter du traitement médical pendant quelques mois. Nous avons pu savoir depuis, que les crises, quoiqu'elles s'observent encore de

temps en temps, sont plus courtes et de moins en moins graves. Ceci amène à penser que cet endométrrome du périnée présente une tendance régressive parallèle à celle de la muqueuse utérine.

Obs. III. — NEUWEILLER (*Schw. Med. Wchnschr.*, 7, 545, 1926).

Une déchirure périnéale se produit au cours d'un accouchement. Elle est immédiatement suturée et semble guérir sans complications. Mais au bout de douze mois, une tumeur apparaît dans la cicatrice. La malade se met à présenter des douleurs au niveau de cette tumeur au moment des règles. On pratique une incision qui ne ramène que du sang. Quatre ans plus tard, la tumeur s'est développée jusqu'à acquérir le volume d'un œuf. Elle siège dans la cicatrice et s'étend sur une épaisseur d'un centimètre et demi. Elle saigne par un petit orifice fistuleux à chaque période menstruelle. Cette tumeur fut enlevée et l'examen histologique conclut à un endométrrome.

Signalons cependant que les détails de cet examen histologique ne sont pas donnés par l'auteur.

Obs. IV. — VIOLET (*Lyon Méd.*, 15 janvier 1928).

A propos d'un cas d'endométrrome dans une cicatrice de déchirure périnéale :

J'ai eu l'occasion de voir et d'opérer, les premiers jours de mai 1927, une malade atteinte d'une déchirure ancienne du périnée, datant de quatorze ans. Cette déchirure avait intéressé le sphincter et fut restaurée immédiatement par le médecin traitant. Cette restauration n'eut qu'un résultat

partiel, et la malade avait de l'incontinence des matières liquides et des gaz. Depuis deux ans, cette malade a senti, au niveau de la cicatrice périnéale, en avant et à gauche de l'anus, une petite induration du volume d'une amande qui grossit et devient douloureuse à un moment précis de l'espace intermenstruel. Ces phénomènes douloureux vont en augmentant et c'est plus pour cette tuméfaction douloureuse que la malade réclame l'intervention, que pour son infirmité qu'elle a supportée pendant quatorze ans. A l'examen on constate une cicatrice périnéale formant un pont cutané en avant du sphincter. Les plis radiés de l'anus sont uniquement orientés en arrière de l'équateur anal. Le toucher rectal montre parfaitement que le muscle sphincter est rétracté en arrière. La muqueuse rectale fait une légère hernie dans la portion antérieure de l'anus. Sur le côté gauche et en avant de l'anus on constate l'existence d'une petite masse sous-cutanée, du volume d'une amande, mobile sur les plans profonds, et qui est douloureuse à la pression. Il n'existe aucune rougeur, aucune fluctuation. On pense à la possibilité d'un fil de soie restant de la suture périnéale, faite il y a quatorze ans, infectée depuis et qui donne, de temps en temps, des réveils inflammatoires. Cependant on est frappé de ce que raconte la malade qui dit, que l'augmentation de volume de cette petite tumeur et son maximum de douleur, se font sentir à une phase toujours la même dans le cycle menstruel, et que les variations de volume et de douleur paraissent survenir à une période fixe par rapport à l'époque menstruelle. En effet, la malade a des règles régulières, survenant tous les vingt-huit jours ; ce qu'il y a d'intéressant c'est que ce n'est pas au moment des règles ; ce n'est pas immédiatement avant les règles que la malade accuse la douleur ; c'est dans le

septenaire qui correspond au milieu de l'espace intermens-truel. C'est du huitième au seizième jour, que la malade accusait ces douleurs périodiques, avec acmé, les quatorzième, quinzième et seizième jour, après le début des règles. Pendant cette période, elle ne pouvait pas s'asseoir, elle souffrait même dans la position couchée et ces douleurs retentissaient sur l'état général et préoccupaient la malade.

Le 3 mai, j'extirpai cette petite tumeur péninéale qui se prolongeait vers le bord de la grande lèvre et je réparai le sphincter par deux points de catgut après dissection et avivement. Les suites opératoires ont été très simples, la suture du sphincter a parfaitement tenue et la plaie s'est réunie par première intention.

A l'examen macroscopique, cette petite tumeur était formée de cavité kystique, du volume d'une tête d'épingle, contenant du sang noir et, à la coupe, je pensais immédiatement à un adénome ayant bien dans l'œil l'aspect caractéristique de ces sortes de tumeurs lorsqu'on les rencontre dans l'utérus ou dans le ligament large. Je conservais donc précieusement cette pièce anatomique et j'en prélevais un morceau pour l'examen histologique que je confiai à Mme Noël. L'examen histologique est venue confirmer notre hypothèse d'adénome ou d'endométriome : « nappe de tissu fibreux présentant des tubes glandulaires cylindriques, entourés de stroma cytogène avec plasmocytes et lymphocytes ». En somme : endométriome.

Obs. V. — PRAGER (Leipzig) (*Zent. für Blatt für Gyn.*, LVII, n° 15, 9 avril 1932).

Il s'agit d'une femme de 21 ans qui, auparavant a toujours été bien portante, et qui a eu un accouchement labo-

rieux au forceps à sa première grossesse. Il n'est pas sûr qu'il se soit produit une déchirure, mais, en raison des circonstances, elle a évidemment pu se produire. Un an après, apparaît un noyau dans le périnée douloureux à chaque période menstruelle. Cinq ans après son accouchement, incision d'un abcès qui devait être plus profondément situé que la tumeur endométriale. Cependant celle-ci ne fut pas alors mise en évidence et continua à se développer. En 1931, ablation d'une tumeur endométriale de la taille d'un œuf siégeant au niveau du périnée juste en arrière du vagin et un peu à droite. Ultérieurement, une déchirure cicatricielle fut découverte dans la profondeur près de la muqueuse rectale. A l'examen microscopique aucun tissu endométrial ne fut découvert dans cette formation cicatricielle qui s'étendait depuis la paroi rectale à quelques centimètres de l'anus jusqu'au cul-de-sac de Douglas.

Ici encore, le détail de l'examen histologique n'est pas mentionné.

Obs. VI. — A. P. DE QUEIROZ (*Bahia Medica*, an III, n° 15, juillet 1932).

Contribution à l'étude du solénome.

Il s'agit d'une femme de quarante ans qui se présente à l'examen, le 14 mars 1932. Elle a eu quatre enfants à terme et deux avortements. Ses règles sont absolument normales et il n'y a rien à noter dans ses antécédents personnels et héréditaires. A l'examen : type morphologique normal : microsplanchnique, hyposthénique ; poids 48 kilos.

Nombreuses pertes blanches, léger degré de colpocystocèle. Le col utérin est dur, irrégulier, déformé en bouchon

de champagne. Le corps utérin est légèrement augmenté de volume, de forme irrégulière, facilement mobilisable. Les annexes droites sont empâtées, légèrement douloureuses. Les annexes gauches ne sont pas perçues.

Par hasard, notre attention a été attirée par un petit orifice hémorragique, à bords rouges, situé au niveau du périnée, un peu à droite de la ligne médiane, équidistant de l'anus et du vagin. On apprend par l'interrogatoire, qu'elle connaissait l'existence de cette fistule pour laquelle on lui avait déjà proposé une intervention. Elle existait en effet, depuis quinze ans et ce qu'il y avait de particulier, c'est qu'elle donnait issue à du sang noir pendant toute la durée des règles. En dehors de cette période, elle n'en était par contre nullement incommodée.

A l'aide d'un petit stylet, on vérifie que l'orifice conduit à une petite cavité isolée entourée de tissus durs. On porte le diagnostic clinique d'endométriose périnéale. La malade fut réexaminée au moment des règles. Nous avons constaté l'augmentation de volume de la néoformation et l'évacuation du sang noir visqueux par la fistule. Malheureusement la malade n'a pas accepté l'intervention et l'examen histologique ne put être pratiqué ; ce qui dans une certaine mesure rend ce cas assez discutable.

Obs. VII. — MICHOLITSCH (Vienne) (*Wiener Med. Wochenschrift*, L. XXXIII, n° 26, 24 juin 1933, p. 725).

Il s'agit d'une femme de 28 ans qui, quatorze mois auparavant, a eu un accouchement difficile ayant nécessité l'application d'un forceps et une épisiotomie. A la suite de quoi, elle a présenté, pendant trois semaines, de la rétention d'urine. Quelques semaines après l'accouchement

elle a senti, dans la cicatrice, avant guérison complète de la plaie un petit nodule douloureux qu'elle a attribué à un fil. Le nodule a augmenté progressivement de volume et a pris une coloration bleue noirâtre, qui l'a déterminée à consulter.

A l'examen dans une cicatrice un peu déhiscente on trouve, à la surface de la peau, un nodule rond, violacé de la taille d'un petit pois qui, d'après sa situation, semblait correspondre à un point de la suture d'épisiotomie. Cette petite tumeur était relativement mobile, située immédiatement sous la peau, qui n'était pas modifiée à sa surface : la coloration bleue-noire étant réalisée par transparence et non par envahissement.

Les organes génitaux sont normaux. L'utérus un peu mou et un peu gros correspond à une période prémenstruelle.

Le 26 janvier 1932, excision de la cicatrice, ce qui a permis d'enlever le nodule en tissu sain. Il a été pratiqué enfin, une révision de la cavité utérine dans le but de comparer la structure histologique des produits de desquamation utérine et du nodule.

Examen histologique: a) La muqueuse utérine : on voit de larges travées de muqueuse utérine, dont le stroma est très large, et qui montre une transformation déciduale. Les glandes sont augmentées, souvent dilatées. Leur épithélium forme une petite saillie régulière, de sorte que la paroi interne des glandes, apparaît dessinée en dents de peigne.

b) Nodule périnéal : l'épiderme est d'épaisseur normale. Le chorion est formé d'un tissu très compact et contenant par place, surtout à sa partie supérieure, d'importants amas de lymphocytes. A peu près au centre de la préparation, existe dans le chorion, une grosse cavité kystique

flanquée de plusieurs petites cavités voisines contenues dans un tissu cellulaire lâche. La cavité kystique est tapissée d'un épithélium cubique dont les cellules deviennent petites et cylindriques par place. Les plus petites cavités ressemblent absolument aux glandes de la muqueuse utérine. De même, le riche tissu cellulaire situé entre elles et qui est nettement séparé du tissu conjonctif environnant, montre la même structure que le stroma décrit plus haut pour la muqueuse utérine. Dans toutes les cavités on trouve des restes de sang coagulé.

Il s'agit donc d'une endométriose.

Obs. VIII. — MALIPHANT (*Journal of obstetrics and Gynecology of British Empire*, octobre 1933).

Il s'agit d'une femme de 28, ans admise au Royal Infirmary de Cardiff en novembre 1932, pour une tumeur située entre l'anus et l'orifice vaginal. Elle a deux enfants de 7 et 10 ans. Elle a commencé à être réglée à l'âge de 12 ans, les règles duraient six jours et survenaient régulièrement chaque mois, jusqu'à la naissance de son second enfant, il y a sept ans. Depuis, elles sont devenues irrégulières et d'une abondance anormale. Les règles durant six à sept jours et survenant tous les seize à vingt jours. Par contre, la dysménorrhée existe depuis l'adolescence. La douleur apparaît avec les règles et dure quarante-huit heures. Cette dysménorrhée ne fut en rien modifiée par les deux accouchements. La malade a subi diverses interventions : elle a été opérée en novembre 1922, pour thrombose vulvaire ; en décembre 1923, l'appendice a été enlevé ; en juin 1929, elle a subi une colpopérinéorrhaphie postérieure et enfin en janvier 1930, elle a été curettée. Depuis 12 mois environ,

soit 2 ans et 4 mois après la colpopérinéorrhaphie la malade a constaté une tuméfaction entre le vagin et l'anus, au niveau de la cicatrice. Au début elle était petite, mais bientôt, elle augmenta de volume et devint tendue et douloureuse au moment des règles. L'augmentation de volume se manifestait surtout vers le deux ou troisième jour pour atteindre son maximum vers la fin des règles. Il était alors très douloureux ; il devenait ensuite progressivement plus petit et était absolument indolore en dehors des périodes menstruelles.

Quand je vis la malade, elle présentait une tumeur, de la taille d'une cerise, située sur la ligne médiane du périnée, un peu plus près de la commissure postérieure du vagin que de l'orifice anal. La masse était arrondie dans l'ensemble, et mesurait 2 cm. de diamètre. Elle faisait une saillie à la surface de la peau du périnée, comme un nodule kystique et présentait une teinte bleuâtre. Elle était adhérente à la peau qui la recouvrait, et la cicatrice à direction antéro-postérieure était visible à sa surface. La tumeur fut enlevée le 29 novembre 1932. Elle était assez bien limitée et en partie encapsulée, mais la capsule était solidement adhérente aux tissus environnants. Un kyste se rompit au cours de manœuvres opératoires et contenait du sang.

Examen histologique : macroscopiquement on découvre à la coupe un kyste, de 1 cm. 5 de diamètre, partiellement rempli de sang. A l'examen microscopique, on constate que la paroi du kyste est constituée par des tissus fibro-musculaires denses, et que sa surface interne était limitée par des restes de caillots sanguins en voie d'organisation. Les éléments épithéliaux ne purent être mis en évidence à l'intérieur du kyste, mais dans la paroi,

il y avait un certain nombre d'îlots qui présentaient typiquement la structure de la muqueuse utérine. Ces cavités glandulaires, apparaissent limitées par une seule rangée de cellules cylindriques, dont certaines sont ciliées et sont entourées par une couronne de cellules du stroma. Il est probable que les espaces glandulaires s'ouvrent dans les cavités kystiques, mais le fait ne peut être mis en évidence sur la coupe étudiée. L'ensemble ressemble à un utérus accessoire et les cavités kystiques semblent correspondre aux cavités utérines en miniature décrites par Cullen. Lorsque la malade fut revue cinq mois après l'ablation de la tumeur, la plaie périnéale était complètement cicatrisée et il n'y avait plus aucun trouble, mais les fragments des tissus endométriaux n'attirent l'attention qu'au bout de pas mal de temps, comme le fait fut observé, lors de la récurrence décrite dans l'observation de Palmer.

Obs. IX. — JEFFCOATE (Liverpool) (*The Lancet*, vol. 231, n° 5910, 5 décembre 1936, p. 1.336).

Femme de 45 ans nullipare.

Petite tumeur à la partie postérieure de la grande lèvre droite. Douleurs juste avant les règles l'obligeant à cesser de travailler. Suintement sanglant au niveau de la tumeur pendant les règles.

Opérée en 1931. Excision d'un kyste de Bartholin, droit, douze jours avant les règles sous-anesthésie locale. Un mois plus tard, un abcès se forme qui est incisé. Dans les six mois suivants, 7 abcès se reforment. En mai 1932, ponction de l'abcès et injection de teinture d'iode. En juin 1932, excision de la glande infectée. Suture, infection. Les sutures lâchent, et la plaie est béante. Deux jours plus

tard, survient la menstruation. La plaie ne se cicatrise jamais complètement et saigne toujours un peu avant les règles. La tumeur apparut quatre mois après l'opération, elle n'est visible qu'au moment des règles et disparaît en quatre ou cinq jours.

Jeffcoate voit la malade en février 1936, soit quatre ans et demi plus tard ; état cicatriciel de la paroi postérieure de la grande lèvres droite, et au-dessous petite tumeur dure. Il n'y a rien au toucher vaginal. Excision de la tumeur qui contient de petits kystes bleus. L'un d'eux se rompt au cours de l'opération et laisse s'écouler du sang noir.

Anatomiquement, la tumeur qui avait été enlevée le vingt-cinquième jour du cycle menstruel est de forme sphérique. Sa taille est de $\frac{3}{4}$ de pouce de diamètre ; on y voit deux à trois petites cavités contenant du sang.

Histologiquement, il s'agit d'un endométriome typique.

Obs. X. — WEIS et H. FÖBE (Soc. d'Obst. et de Gyn. de Strasbourg, séance du 13 janvier 1936, in *Bull. Obst. et Gyn.*, n° 1, t. 25, p. 99).

Il s'agit d'une femme de 33 ans, dont les antécédents ne présentent rien de particulier ; trois grossesses avec accouchement normaux à terme. Le premier de ces accouchements eut lieu en 1924 avec présentation du siège. Il entraîna une déchirure partielle du périnée qui fut aussitôt suturée. En 1933, la malade constate à gauche de l'anus et à environ 1 cm. de celui-ci une petite tumeur de la taille d'une noisette située sous la peau. Depuis 1934, elle remarque qu'à certains moments et plus particulièrement à l'époque de ses règles, la tumeur devient doulou-

reuse pendant deux à trois jours. Un peu plus tard, elle voit au niveau de la tumeur quelques gouttes de sang qui perlent à la peau. Au cours de ces derniers mois, la malade a maigri et se trouve dans un état d'irritabilité nerveuse particulièrement marqué. Pendant les quelques mois qui précèdent l'hospitalisation, la tumeur augmente de volume et les douleurs deviennent de plus en plus violentes pendant une dizaine de jours après les règles.

A l'examen, on constate l'existence, dans la fosse ischio-rectale, d'une tumeur mal délimitée de la taille d'un œuf de poule adhérent à la peau. Au centre de cette tumeur on aperçoit le vestige d'une fistule cicatrisée. Par le toucher rectal on sent la tumeur qui fait saillie vers la lumière intestinale, mais qui n'adhère pas à la muqueuse rectale.

La malade est opérée le 5 janvier 1935. La tumeur mal délimitée ne peut être enlevée que dans sa presque totalité. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un endométriose avec réaction inflammatoire. Suites opératoires simples.

Obs. XI. — VALERIO BELGRANO.

Il s'agit d'une femme de 41 ans. Elle a été réglée à 14 ans. Mariée à l'âge de 26 ans ; elle a eu un avortement de 6 mois, deux ans après son mariage. Le 11 octobre 1926, accouchement à terme d'un enfant du sexe féminin. L'expulsion fut pénible, compliquée d'une rupture étendue du périnée qui fut suturée et dont on peut observer encore la cicatrice qui va jusqu'à la région anale. Au mois de septembre 1933, elle a été opérée pour kyste de l'ovaire droit qui, à l'examen histologique, ne présentait aucun caractère de malignité. Six mois après l'opération, la

malade note l'apparition d'une tuméfaction douloureuse dans la région périnéale. La douleur et le gonflement augmentaient pendant la période menstruelle, provoquant une interruption de travail. Les différents symptômes cessaient au bout de dix jours environ, pour réapparaître à la menstruation suivante.

La malade a été examinée le 22 novembre 1935. On constate, sur la ligne médiane du périnée, une tuméfaction, allongée dans le sens entéro-postérieur, débordant davantage du côté droit, et ayant approximativement la taille d'une grosse noix. La peau qui recouvrait cette tumeur était un peu adhérente sur les plans profonds. La tuméfaction était, au moment de l'examen, douloureuse à la palpation, de consistance molle et à limites peu nettes. Par le toucher rectal on percevait la tuméfaction, mais la muqueuse rectale était lisse, mobile, non adhérente à la tumeur.

D'après ces symptômes nous avons fait le diagnostic d'endométriome et proposé l'ablation de la tumeur qui fut faite sans grande difficulté. La tumeur était mal limitée surtout dans la profondeur et l'ablation fut effectuée aux dépens de tissus adjacents, afin de ne laisser aucun fragment de la néoformation. Les suites opératoires furent absolument normales. A l'examen, la tumeur est du volume d'une grosse noix, de consistance uniformément ferme. A la section, elle apparaît de couleur rouge foncé, surtout au centre. Elle ne comporte pas de capsule propre ni de limites nettes. L'examen histologique donne les renseignements suivants : les éléments constitutifs de la tumeur sont de trois ordres : du tissu glandulaire, du tissu conjonctif, du tissu musculaire lisse. Le tissu glandulaire est constitué de tubes différemment orientés sur

le plan de la section. Certains de ces tubes sont pleins d'une substance amorphe dans laquelle on observe un certain nombre de leucocytes plus ou moins altérés et des cellules épithéliales ; d'autres tubes sont vides. L'épithélium de revêtement, est en tous points semblable à l'épithélium normal de la muqueuse utérine et tapisse uniformément la lumière du tube. Les cellules épithéliales sont de forme cylindrocubique, plus ou moins volumineuses et comportent un noyau central. Certaines de ces cellules sont munies de cils vibratils. Dans d'autres tubes glandulaires, on observe quelques formations kystiques de petit volume, revêtues d'un épithélium constitué de cellules plates à noyau allongé. Elles peuvent être interprétées comme des tubes dilatés à épithélium aplati par compression par le produit de sécrétion de ces tubes. Si l'on examine la tumeur à un plus petit grossissement, on constate que la disposition des éléments glandulaires est irrégulière, mais qu'ils prédominent dans les zones centrales. Le tissu conjonctif entoure les formations glandulaires déjà décrites et il est constitué par un tissu, en majeure partie jeune, particulièrement riche en noyaux, tout autour des formations glandulaires elles-mêmes. Ces éléments sont semblables au stroma cytogène des endométriomes. Les éléments du stroma apparaissent moins denses à mesure que l'on s'éloigne des alentours immédiats des tubes glandulaires. Le tissu intersticiel prend alors l'aspect du tissu fibreux habituel. Toutefois des condensations cellulaires se trouvent çà et là dans le tissu conjonctif qui, par leur structure, sont équivalentes aux condensations péritubulaires déjà décrites. Les vaisseaux ne sont pas très nombreux et sont de structure banale. En quelques rares endroits, on note la présence d'extravasa-

tions hémorragiques avec des hématies bien conservées. Le tissu musculaire se compose de fibres musculaires lisses, disposées en faisceaux plus ou moins volumineux. Ils sont également répartis dans toute la tumeur et en quelques zones de la périphérie, tendent à se confondre avec les fibres musculaires striées de la musculature du périnée. En certains points de la périphérie nous avons encore noté, l'existence de tissu adipeux qui, comme le tissu musculaire strié, ne semble pas faire partie de la tumeur proprement dite. Cette description sommaire de l'aspect histologique de la tumeur, montre qu'elle ne peut pas être interprétée autrement, qu'une néoformation morphologiquement semblable au tissu de l'endomètre.

Obs. XII. — A. G. WEISS et M. SYNEPHIAS (*Annales d'Anatomie Pathologique*, t. 15, n° 7, juillet 1938).

Il s'agit d'une malade de 36 ans qui n'a jamais eu d'autres maladies auparavant. Réglée depuis l'âge de 13 ans, elle eut toujours des règles régulières d'une durée de quatre ou cinq jours et indolores. Il y a sept ans, elle eut un accouchement au forceps qui provoqua une déchirure du périnée, allant du vagin à l'anus ; ce dernier fut légèrement entamé. La plaie fut immédiatement suturée. Pendant un an, elle ressentit une certaine gêne au niveau de la cicatrice. Puis tout rentra dans l'ordre et la malade pendant cinq ans, ne présenta rien d'anormal. C'est en 1936, que remontent les premiers symptômes de son affection actuelle. A ce moment apparaît au périnée un noyau dur, qui atteint rapidement le volume d'une noix. Siégeant à la droite de l'anus, cette tuméfaction se manifeste bientôt par des phénomènes douloureux ; ceux-ci consistent en poussées congestives douloureuses, qui commen-

cent avec les règles et se terminent trois ou quatre jours après elles. Au cours de ces crises douloureuses, la malade constate que la tumeur augmente sensiblement de volume. Petit à petit, les périodes douloureuses deviennent de plus en plus longues et un an environ après le début de l'affection, la malade se plaint de douleurs qui persistent pendant dix et même quinze jours après chaque menstruation : ces douleurs sont parfois assez vives, pour obliger la malade à s'aliter. Elles ne présentent pas d'irradiations spéciales. Un peu plus tard, une fistule s'établit au niveau de la tumeur. Pendant les périodes menstruelles, elle donne issue à un écoulement hémorragique, mêlé à du séro-pus. Cet écoulement persiste pendant une dizaine de jours et se tarit avec la cessation des phénomènes douloureux. A cette époque, la malade consulte un médecin qui procède à un tamponnement après ouverture du trajet fistuleux. La malade quitte la clinique après un séjour de deux semaines, mais aucune amélioration ne se produit.

Nous voyons la malade pour la première fois au mois de juillet 1937, c'est-à-dire un an et demi environ après le début de la maladie. Elle nous dit qu'actuellement, elle souffre presque continuellement et qu'elle n'a plus que cinq à six jours de répit entre ses règles. Elle se plaint de suffocations, de bouffées de chaleur, de palpitation, lipothymies et de céphalées persistantes dans la région occipitale. Son entourage fut frappé au cours de ces dernières semaines par son amaigrissement et son état de nervosité extrême. Il n'y eut jamais de douleur à la défécation ou pertes sanglantes par les selles. A l'inspection de la région périnéo-anale on trouve les traces de l'ancienne périnéorraphie qui va de la fourchette à l'orifice anal. A droite de

celui-ci et à un travers de doigt en avant, vers l'espace ischio-rectal, la peau présente une coloration bleue-violacée. Elle est parcourue à ce niveau par un lacis veineux. Au centre, on aperçoit l'orifice d'une fistule de 1 mm. de diamètre, qui laisse pénétrer la sonde boutonnée sur une longueur de 3 à 4 cm. La palpation révèle dans la fosse ischio-rectale l'existence d'une tuméfaction à contour diffus, de la grosseur d'une mandarine, dont la mobilisation est presque impossible parce qu'elle adhère aux plans profonds et à la peau. Le toucher rectal et vaginal permet de sentir la tumeur dure, bosselée, qui bombe légèrement dans la lumière intestinale. La muqueuse rectale est lisse et n'adhère pas à la tumeur. Le toucher vaginal montre un appareil génital normal.

La malade est opérée une première fois le 7 juillet 1937. On ouvre largement le trajet fistuleux ainsi que la région la plus saillante de la tuméfaction. On termine par un tamponnement de la plaie après curettage des tissus enflammés. Un examen histologique montre simplement l'existence d'un tissu inflammatoire. Il est probable que le prélèvement n'a pas intéressé la tumeur proprement dite. La malade quitte la clinique, le 17 août 1937, elle revient consulter le 17 novembre 1937, nous disant, qu'après une amélioration qui a duré un mois, elle a recommencé à souffrir comme auparavant.

Deuxième intervention le 19 novembre 1937. On procède exactement comme à la première opération, mais cette fois on a soin de prélever un fragment en plein centre de la tumeur. Le professeur Jery a eu l'amabilité de faire les coupes histologiques ; elles montrèrent qu'il s'agissait d'un endométrioïde typique.

Ce diagnostic impliquait une extirpation large de la

tumeur. Cette intervention fut faite le 3 décembre 1937. Par une incision à peu près identique à celle qu'on emploie pour les amputations du rectum. On eut un large accès dans la fosse ischio-rectale. La tumeur contractait des adhérences assez fortes avec la paroi vaginale postérieure et la paroi antérieure du rectum ; elle remontait très haut et arrivait presque au contact du cul-de-sac de Douglas. Après dissection des adhérences, on put extirper en bloc toute la masse tumorale. Suture par plans et drainage.

Depuis cette dernière opération la malade n'accuse plus la moindre douleur et elle a des règles indolores. L'état nerveux a complètement régressé ; les palpitations de tendances syncopales et les céphalées tenaces ont disparu. La malade a été revue six mois après cette intervention : elle est en parfait état de santé.

* * *

Ainsi, sur les douze observations relatées, on relève dans les antécédents :

Huit fois une déchirure du périnée au cours d'un accouchements (obs. I, III, IV, V, VII, X, XI et XII).

Une fois une colpopérinéorrhaphie (obs. VIII).

Une fois une intervention sur kyste de la glande de Bartholin (obs. IX).

Dans les deux autres observations aucune lésion du périnée ne se trouve expressément signalée.

Néanmoins les antécédents obstétricaux sont des plus importants. En effet, dans l'observation II, on trouve : une délivrance artificielle après avortement

chez une femme ayant déjà eu six accouchements ; et dans l'observation VI : outre deux avortements, quatre accouchements ayant entraînés des lésions périnéales suffisantes, pour qu'existe un certain degré de prolapsus vaginal.

La durée de la période de latence entre la lésion et l'apparition de la tumeur a été, pour autant qu'on puisse le dire, de :

quatre mois (obs. IX) ;
un an (obs. III et V) ;
quatorze mois (obs. VII) ;
vingt-huit mois (obs. VIII) ;
six ans (obs. XII) ;
huit ans (obs. XI) ;
neuf ans (obs. X) ;
douze ans (obs. IV) ;
seize ans (obs. I).

Il est essentiel de remarquer qu'en aucun cas on n'a trouvé de signes cliniques pouvant faire penser à une endométriose pelvienne associée.

Cette analyse, extrêmement succincte, nous amène à constater un indéniable parallélisme entre les endométriomes du périnée et les endométriomes des cicatrices de laparotomie. Leur histoire clinique se ressemble ; la période de latence a une durée du même ordre ; le noyau sous-cutané est toute la maladie, sans qu'il existe d'endométriose associée. La lésion périnéale, obstétricale ou opératoire, réalise,

dans les tissus, la solution de continuité que crée le bistouri dans les laparotomies.

Et la théorie pathogénique qui vient d'emblée à l'esprit est celle des greffes.

Mais alors qu'il s'agit dans les cicatrices de laparotomie de greffe de muqueuse utérine normale, on est tenté d'admettre, qu'au niveau du périnée, la greffe se fait à partir de fragments de muqueuse déciduale ou de muqueuse éliminée avec le sang menstruel. Et cette différence de vitalité de l'implant expliquerait bien que les endométrïomes du périnée soient beaucoup plus rares que ceux de cicatrice de laparotomie.

Recherche de la pathogénie des endométrïomes du périnée.

La lésion périnéale se rencontre avec une telle fréquence dans les observations, que l'on est bien obligé de lui faire jouer le rôle principal dans l'apparition des endométrïomes du périnée. Dans les deux observations où on ne la trouve pas mentionnée, il est permis de croire, qu'à défaut de l'atteinte du plan cutané du périnée, la muqueuse a parfaitement pu être intéressée et, dès lors, le mécanisme de la néoformation devient le même.

Cette quasi constance de la déchirure périnéale élimine d'emblée les différentes pathogénies qui font appel aux vestiges embryonnaires quelle que soit leur nature. Ces théories embryonnaires ne sont d'ailleurs presque plus admises, même pour les endométrïomes utérins et à plus forte raison pour ceux du périnée.

La théorie de la propagation directe à partir de la muqueuse utérine ne peut évidemment être mise en cause, car le nodule périnéal résume à lui seul toute la maladie.

Dès lors ne se trouvent en présence que les trois

théories qui, à l'heure actuelle, sont l'objet de toutes les controverses :

Théorie de la métaplasie péritonéale.

Théorie de la propagation lymphatique.

Théorie des greffes.

Il est évident que la théorie de la métaplasie péritonéale ne saurait être invoquée, au moins dans sa forme classique, puisqu'il ne peut y avoir de péritoine dans la région où ces endométriomes se développent. Ou il faudrait alors faire intervenir le profond cul-de-sac de Douglas embryonnaire, ou élargir la théorie métaplasique, comme certains l'ont fait, en une théorie mésothéliale ; celle-ci faisant jouer le rôle essentiel, aux débris cœlomiques, à ces restes mésenchymateux, qui auraient gardé un potentiel embryologique de développement assez particulier. Cette opinion a été défendue, pour les besoins de la cause, au moment où l'on connut l'existence de ces endométriomes extra-péritonéaux, mais elle est purement abstraite et ne repose sur aucun fait d'observation.

Hors, comme nous l'avons déjà dit, il est dans l'histoire clinique des endométriomes un fait indiscutable, suffisamment précis pour que les théories qui n'en tiennent pas compte apparaissent entachées d'erreur ou de mauvaise foi : c'est la déchirure péritonéale, presque toujours retrouvée dans les antécédents. Il serait aussi anormal de lui refuser le rôle prépondérant, que de nier l'influence de l'incision,

dans l'apparition des endométriomes des cicatrices de laparotomie.

Dans quelle mesure la théorie de la métastase par voie lymphatique, qui prétend pouvoir expliquer toutes les localisations et qui trouve de nombreux partisans, tient-elle compte de cette notion ?

Il n'est pas pour nous question de discuter le point de départ, pourtant nullement démontré de la théorie d'Halban, et nous sommes prêts à considérer comme possible la pénétration d'éléments endométriaux dans les lymphatiques. On reste néanmoins assez peu tenté de croire que, par un mécanisme lymphatique, puissent s'expliquer les endométriomes du périnée. Certes, les partisans de la théorie d'Halban se sont rendu compte qu'il fallait faire jouer un rôle à la déchirure tissulaire antérieure ; mais les arguments qu'ils donnent pour expliquer la localisation au niveau des cicatrices, paraissent extrêmement discutables. Selon Grigouroff, elle est due à l'interruption des vaisseaux lymphatiques au niveau de l'incision ; le tissu fibreux cicatriciel, jouant le rôle d'un barrage. Or il est déjà étonnant que les éléments endométriaux transportés par voie lymphatique, et dont les facultés de développement ne sont évidemment pas très considérables, utilisent comme milieu de culture, un tissu aussi peu favorable que le tissu fibreux.

On peut aussi s'étonner du fait suivant : c'est que l'on n'observe pas de métastase cancéreuse au niveau des cicatrices ; notamment au niveau des cicatrices de laparotomie après hystérectomie pour cancer de

l'utérus, et ceci même lorsqu'il se produit une récurrence pelvienne après l'intervention. Si l'explication de Grigouroff était valable pour les endométrïomes, pourquoi les métastases cancéreuses, singulièrement plus virulentes et certainement propagées par voie lymphatique, ne s'arrêteraient-elles pas au niveau du soi-disant barrage fibreux ?

Il faudrait au surplus supposer que les éléments endométriaux suivent un curieux trajet rétrograde, pour aller de la muqueuse utérine au périnée. Les lymphatiques de l'utérus vont en effet vers les ganglions de la chaîne iliaque externe et de la chaîne hypogastrique et ne présentent pas de connection directe avec les lymphatiques du périnée qui se rendent au groupe interne des ganglions inguinaux : ce n'est qu'après ce relai ganglionnaire que les lymphatiques du périnée aboutissent à la chaîne iliaque externe.

En réalité, les défenseurs de la théorie lymphatique, ainsi que ceux de toutes les autres théories, à l'exception de celle des greffes, font presque complètement abstraction des endométrïomes du périnée, sinon parce que ceux-ci les gênent ; du moins parce que le très petit nombre d'observations parvenues à leur connaissance leur semblaient pouvoir être négligées.

Par contre, les quelques rares chirurgiens qui ont eu la chance d'en observer un exemple ont tous admis comme une évidence que ces endométrïomes

ne peuvent s'expliquer que par la théorie des greffes.

Pour nous, ayant réfuté, ou ayant cru le faire, toutes les autres théories c'est la seule qui reste à notre disposition. Mais elle ne vit pas que de l'insuffisance des autres, et ne manque pas d'arguments positifs. Ces arguments positifs se trouvent dans des faits expérimentaux solides et dans l'analyse d'observations cliniques.

Les faits expérimentaux prouvent que le phénomène de greffe est indiscutablement possible, au moins dans certaines conditions. Les remarquables travaux d'Harbitz résument les recherches qui ont été faites dans ce sens. Les transplantations d'endomètre ont été effectuées, avec plein succès, chez la lapine, dans la cavité péritonéale, dans la paroi abdominale, dans la plaie de laparotomie ou en dehors de celle-ci dans les tissus sous-cutanés. Ainsi ont été obtenues, des formations qui peuvent être comparées à l'endométriase chez la femme et qui réagissent de manière typique aux hormones ovariennes. Des expériences de même ordre ont été effectuées, dans la race humaine, par Schmidt qui greffait de la muqueuse utérine au niveau du vagin et ont abouti à des résultats concluants.

Il faut d'ailleurs noter que des faits expérimentaux sont venus apporter un argument à la théorie des greffes, aux dépens de la théorie lymphatique ; en effet, les tentatives faites par Manzi et Gleane, et récemment par Jacobson, pour produire des endomé-

triomes par injection de fragments de muqueuse dans les vaisseaux sanguins, furent toutes sans résultat chez les animaux chez lesquels la transplantation par d'autres moyens avait produit des résultats excellents.

D'ailleurs cette possibilité de greffe expérimentale d'endomètre n'est plus contestée par personne.

L'analyse des observations cliniques des endométrïomes se développant sur les cicatrices de laparotomie, si elle n'apporte pas de résultats d'une aussi scientifique certitude que les expériences sur l'animal, tend néanmoins à démontrer la possibilité de la greffe de la muqueuse utérine. Comment expliquer, sans cette possibilité, que dans l'immense majorité des endométrïomes des cicatrices de laparotomie, on retrouve la notion d'une intervention ayant porté sur l'utérus ou sur les annexes et laissant supposer que la cavité utérine a pu être ouverte ou traversée. Certes un certain nombre de cas sont observés après appendicectomie, mais la proportion par rapport au nombre extraordinaire d'appendicectomies est suffisamment faible pour que l'on soit autorisé à se demander s'il n'existait pas dans de tels cas un endométrïome appendiculaire.

Ainsi cette possibilité de greffe étant démontrée, le mécanisme d'apparition de l'endométrïome du périnée paraît extrêmement simple : la déchirure du périnée est le lieu de culture sur lequel se développe un fragment de muqueuse, détaché de la cavité utérine et évacué par le col et le vagin.

L'explication est tellement *a priori* satisfaisante,

qu'on est tenté de se demander pourquoi les endométrïomes du périnée ne sont pas plus fréquents, alors que les conditions nécessaires à leur apparition, semblent si souvent réalisées. Et c'est une objection que les adversaires de cette théorie n'ont pas manqué de faire.

Or, parmi les deux éléments de notre hypothèse : déchirure du périnée qui constitue le lit de la greffe ; et fragment de muqueuse utérine venant à son contact ; lequel est le plus susceptible d'expliquer cette rareté ?

Certes le traitement que l'on fait subir à la plaie périnéale lorsqu'elle vient de se produire : désinfection par un antiseptique souvent violent, réparation, viennent diminuer la capacité réceptive des tissus ; mais c'est surtout la nature du transplant qui fournit l'explication de cette rareté.

L'analyse de nos douze observations d'endométrïomes du périnée nous renseignera utilement sur ce point.

Dans la majorité des cas (obs. I, II, III, IV, V, VI, VII, X, XI et XII), où l'on trouve dans les antécédents une déchirure périnéale à l'occasion d'un accouchement, il semble naturel de penser que c'est un fragment de muqueuse déciduale qui est venu s'implanter au niveau du périnée. C'est l'opinion qu'expriment les auteurs qui ont rapporté ces diverses observations ; certains faisant intervenir le fait que le forceps apparaît comme l'agent vecteur de cette muqueuse déciduale. Or les expériences de transplantation de

muqueuse sur l'animal ont révélé que les greffes de muqueuse déciduale réussissaient plus rarement que celles faites à partir d'une muqueuse normale.

Au surplus, ce n'est pas toujours la muqueuse déciduale qui est en cause. Et dans la recherche de la nature de l'implant deux observations prennent à nos yeux une toute particulière importance : ce sont les observations VIII et IX.

Dans l'observation VII rapportée par Maliphant et que l'on ne trouve que rarement citée, la malade a eu deux accouchements qui ne semblent pas avoir déterminé de déchirure périnéale, mais ils ont néanmoins rendu nécessaire une colpopérinéorrhaphie, quatre ans après son dernier accouchement. Or le développement de l'endométriome, qui s'est produit deux ans et quatre mois après la colpopérinéorrhaphie, ne semble pas être en rapport avec ces accouchements. La tumeur n'avait pas été observée pendant plus de six ans après son dernier accouchement, et rien ne permet, au cours de l'opération plastique, de croire qu'il pouvait exister déjà du tissu endométrial au niveau du périnée. Et surtout la tumeur étant située exactement dans la cicatrice périnéale, il est logique d'admettre que la greffe s'est produite au moment ou, très peu après la périnéorrhaphie.

Or, et le fait a été vérifié par Maliphant qui rapporte l'observation, on n'a pas touché à l'utérus au cours de la réfection du périnée. Par contre, et ceci mérite d'être retenu, les règles de la malade ont commencé le lendemain de l'intervention.

Comment, dès lors, ne pas admettre que la greffe s'est produite à partir d'un fragment de muqueuse éliminé avec le sang des règles.

La conclusion est de la plus haute importance et elle ne repose pas sur cette seule observation.

L'observation IX est plus décisive encore. Il s'agit en effet d'une nullipare ; donc la muqueuse déciduale transplantée au moment d'un accouchement ne peut être en cause, et l'endométriome siège dans la cicatrice d'une intervention sur un kyste infecté de la glande de Bartholin. Les détails de cette observation, relatée par Jeffcoate, sont très démonstratifs. Rappelons-les tels qu'il les expose : « En juin 1932, excision de la glande infectée. Suture, mais infection : les sutures lâchent et la plaie est béante. Deux jours plus tard survient la menstruation. La tumeur apparaît quatre mois après l'opération. »

Jamais un fait clinique ne peut être plus qu'ici démonstratif : la greffe s'est produite aux dépens d'un fragment de la muqueuse menstruelle.

*
**

Ainsi l'étude de la pathogénie des endométriomes du périnée conduit à une double conclusion :

1° Ces endométriomes ne peuvent s'expliquer que par la théorie des greffes.

2° La greffe peut se produire à partir de la muqueuse déciduale, mais également à partir de la muqueuse desquamée au moment des règles.

C'est sur ce dernier point que nous voulons surtout insister, car il apporte une contribution des plus intéressantes à l'étude de la pathogénie générale des endométrïomes.

Arguments que les endométrïomes du périnée apportent à la théorie de Sampson.

Lorsque la théorie de l'implantation de la muqueuse utérine par reflux du sang menstruel dans le péritoine fut exprimée par Sampson en 1921, le mécanisme parut ingénieux et l'interprétation séduisante. Mais, à l'analyse, elle apparut liée à deux hypothèses discutables : 1° le reflux du sang menstruel dans la cavité péritonéale ; 2° la viabilité de la muqueuse menstruelle.

Et de nombreuses recherches furent effectuées dans l'espoir de confirmer ou dans le but d'infirmier ces deux hypothèses.

1° La possibilité de reflux du sang menstruel dans la cavité abdominale n'est pas une idée nouvelle, puisque c'est à Ruysch (1691) que nous devons la notion du passage du sang menstruel dans le péritoine ; et cette pathogénie de l'hématocèle a été vivement défendue par Haller, puis par Bernutz et Alphonse Guérin. Plus récemment, différents auteurs sont revenus sur cette question et ont décrit des

hématocèles résultant du reflux du sang menstruel dans la cavité péritonéale par suite d'une sténose cervico-utérine. Caraven, Russel Andrews, Fordyce citent plusieurs exemples qui semblent très affirmatifs. D'autre part, Sampson, au cours de laparotomies pratiquées pendant la période menstruelle, a vu du sang couler des trompes dans la cavité abdominale. Nous n'avons pas de raison de suspecter sa bonne foi.

Et la discussion de la deuxième hypothèse nous semble plus intéressante.

2° Le sang menstruel reflué contient-il des éléments de muqueuse capable de se greffer ailleurs.

Il y avait deux manières d'essayer de répondre à cette question :

l'étude histologique de la muqueuse menstruelle ;
ce qui ne peut d'ailleurs donner qu'une indication ;

et les recherches expérimentales.

L'étude histologique du sang menstruel a été pratiquée par de nombreux auteurs (Kate Lindler, Sekiba, Sampson, Geist et Caffier). Tous ont constaté, que si l'on trouve des fragments de muqueuse nécrosés, il en existe d'autres qui sont parfaitement reconnaissables et qui, d'après leur aspect, semblent viables ; et Caffier conclut : « l'endomètre n'est pas éliminé à la menstruation parce qu'il est mort, mais il meurt parce qu'il est éliminé ».

L'étude histologique n'apporte cependant qu'une probabilité, qu'un certain nombre de recherches expérimentales ont essayé de compléter.

Les seules ayant de la valeur, en ce qui concerne le point particulier que nous discutons, sont celles qui essaient d'obtenir des cultures de tissus ou des greffes à partir de fragments de muqueuse contenus dans le sang menstruel.

Cron et Grey (1927) prétendent avoir obtenu un développement de cellules à partir d'endomètre humain menstruel prélevé dans l'utérus, par un curettage prudent à l'aide d'un instrument mousse, le deuxième jour des règles. Les cultures étaient faites *in vitro* et aboutissaient au développement de cellules dont il n'était pas facile de définir la nature ; mais qui ressemblaient d'assez près à des cellules déciduales. Des repiquages étaient effectués tous les quatre ou cinq jours pendant un mois. Il fut ainsi établi que ces sortes de cellules menstruelles étaient plus actives en culture de tissus que l'endomètre normal. Mais le fait que le prélèvement ait été effectué par curettage enlève de la valeur à la méthode de recherches.

En effet, Heim, qui fit des expériences analogues, n'obtint de résultats que lorsque les fragments prélevés contenaient la portion basale de la muqueuse utérine. Et cet auteur, qui fut de tous temps un champion convaincu de la théorie de la métaplasie sêreuse, voulut bien admettre que ces expériences étaient en faveur de la théorie de l'implantation. Mais

il ne la considérait comme valable que s'il n'y avait eu auparavant un curettage ou des manœuvres brutales sur l'utérus.

Caffier, dans un certain nombre d'expériences successives, publiées de 1928 à 1931, s'est attaché à la même question. Mais lui aussi prélevait les fragments transplantés à l'aide de curettages prudents. Il s'attacha surtout à définir les capacités relatives de développement selon la phase du cycle menstruel. Comme Heim, il n'obtint de résultats que lorsque les cellules basales de la muqueuse étaient intéressées, ce qui l'amena à conclure que seules celles-ci sont capables de se développer. Mais, précisément, ces cellules basales ne sont pas éliminées lors de la menstruation.

En somme, ni l'examen histologique, ni les études expérimentales n'apportaient une réponse absolue à la question de savoir si le sang menstruel contient des éléments de muqueuse capables de se greffer ailleurs.

Les recherches effectuées avaient eu au moins le mérite de faire admettre, contrairement à ce que pensaient beaucoup d'auteurs, que si l'hypothèse ne se trouvait pas démontrée elle était en tout cas extrêmement vraisemblable.

En présence de ces faits, les endométrïomes du périnée prennent, à notre avis, une toute particulière importance :

Ils apportent la démonstration que les recherches

expérimentales se sont efforcées en vain de produire.

Le sang menstruel contient bien des fragments viables de la muqueuse utérine, puisqu'ils ont pu, dans des circonstances particulièrement favorables, se développer dans une plaie périnéale. Nos observations VIII et IX en font foi.

Le fait, pour être rare, n'en garde pas moins une valeur extrêmement probante et constitue un argument des plus intéressants en faveur de la théorie de Sampson.

Les dix autres observations ont une signification un peu différente. Elles prouvent que la greffe s'est effectuée aux dépens de la muqueuse utérine éliminée au moment de l'accouchement. L'emploi du forceps, que l'on trouve souvent signalé, explique que les cellules basales de la muqueuse aient pu être intéressées ; celles-ci donnant aux fragments une viabilité particulière.

On peut enfin faire la remarque suivante : c'est que les endométrïomes du périnée restent rares, alors que les applications de forceps entraînant des fragments théoriquement très viables sont très fréquentes. Donc la déchirure du périnée, sans doute en raison des soins dont elle est l'objet, est peu favorable au dépôt de la greffe. La rareté des cas où la cause de la greffe est la muqueuse éliminée lors de la menstruation, n'implique donc pas forcément un caractère exceptionnel à la viabilité de cette muqueuse. Et c'est une notion assez importante

si l'on veut expliquer par la théorie de Sampson la relativement fréquente endométriose pelvienne.

Ainsi, après avoir prétendu que des endométriomes du périnée ne peuvent s'expliquer que par le mécanisme de la greffe avons-nous été amenés à admettre qu'ils constituent, dans certains cas, un des arguments les plus probants en faveur de la théorie de Sampson.

Le mécanisme invoqué par cet auteur qui, tout d'abord, avait surtout semblé ingénieux, apparaît donc plein de véracité.

Mais, de ceci, nous ne voudrions pas conclure que la théorie de Sampson soit applicable, comme certains veulent le faire, à tous les endométriomes quelle que soit leur localisation. Elle est infiniment séduisante et logique en ce qui concerne les endométriomes de l'ovaire et du péritoine pelvien ; elle ne semble pas valable pour les endométriomes de l'ombilic et du ligament rond.

La même remarque peut être faite à toutes les théories jusqu'à présent proposées.

Et les endométriomes du périnée nous intéressent, non seulement parce qu'ils sont un argument pour la théorie de Sampson, mais parce qu'ils sont, nous l'avons vu, un argument contre la théorie de la métaplasie péritonéale et contre cette théorie de la propagation lymphatique, qui serait pourtant si nécessaire pour interpréter les récentes observations

d'endométriomes du bras (Navratil et Kramer, *Klin. Woch.*, 28 nov. 1936) et de l'avant-bras (Biebl, *Zentralblatt. für Chir.*, Leipzig, 30 août 1938).

Et pour expliquer toutes les localisations par une pathogénie unique on se trouve obligé d'invoquer des mécanismes illogiques, ou de recourir à des constructions absolument artificielles, comme celles de cette théorie mésothéliale que ne peut confirmer aucun fait d'observation.

En réalité, dans l'état actuel des choses, il faut consentir, pour peu satisfaisant que ce soit, à dissocier ce chapitre pathogénique ; ce qui amènera peut-être, comme le prévoit Jayle, à discuter l'unité physiologique et histologique des endométriomes et à démembler cette intéressante question.

Conclusions.

Les endométrïomes du périnée, malgré leur rareté, constituent, en raison des conclusions pathogéniques auxquelles ils conduisent, un des chapitres des plus intéressants du problème des endométrïomes.

Ils ne peuvent être expliqués que par la théorie des greffes et enlèvent à la théorie métaplasique le caractère universel que certains ont voulu lui donner.

La greffe se produit au niveau de la déchirure périnéale, pratiquement toujours retrouvée dans les antécédents:

Cette greffe ne peut se faire qu'à partir de la muqueuse utérine éliminée soit à l'occasion d'un accouchement, soit pendant les périodes menstruelles.

Cette dernière éventualité, observée indiscutablement dans deux cas, apporte la preuve que le sang menstruel contient des fragments viables de muqueuse utérine. C'est là un argument considérable et qui n'avait pas été jusqu'à présent développé en faveur de la théorie de Sampson.

Cette théorie de Sampson non plus qu'aucune autre

théorie n'est pas applicable à toutes les localisations, et un certain éclectisme est de mise dans la discussion pathogénique.

Vu : le Président de la thèse,
MONDOR.

Vu : le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BIEBL. — Endométriomes de l'avant-bras (*Zentralb. fur. Chir.*, Leipzig, 30 août 1938).
- CRON et GREY. — The viability of the cast off menstrual endometrium (*Ann. J. Obst. Gyn.*, 13, 645, 1927).
- DAHL IVERSEN. — Recherches expérimentales touchant l'autre transplantation de muqueuse utérine et de cellules épithéliales utérines sur l'ovaire chez les cobayes (*Lyon Chirurgical*, 26, 1929).
- DEROCQUE. — Les endométriomes vaginaux et paravaginaux (Thèse Paris, 1926).
- GEIST. — Endométriomes de la paroi abdominale (*Journ. of the Mount Sinai Hosp.*, nov.-déc. 1937).
- GRIGOUROFF. — L'endométriose (*Paris Médical*, 20 mars 1937).
- HALBAN. — Hysteroadenosis metastica. Die lymphogene genese der sog. Adenofibromatosis heteropica. *Arch. f. Gyn.*, 124-457, 1925.
- HARBITZ. — Clinical pathogenie and experimental investigations of endometriosis, espicially regarding the localisation in the abdominal Wall (*Kirstes Boktrykkeri*, Oslo 1934).
- JAYLE. — Le solénome du ventre de la femme (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, mai-juin 1926, janvier 1927).
- JEFFCOATE. — (*The Lancet*, vol 231, 5 décembre 1936).
- MALARTIC. — Fistules cataméniales (Thèse Paris, 1935).
- MALIPHANT. — (*Journ. of Obst. and Gynecol. of British Empires*, oct. 1933).

- MICHOLITSCH. — (*Wiener Med. Wochenschrift*, 24 juin 1933).
- MICHON. — Production expérimentale de l'adénomyome par autotransplantation de muqueuse utérine sur l'ovaire de la lapine (*Lyon Chirurgical*, 1927).
- NATHAN. — Contribution à l'étude de l'adénomyome et de l'adénomyose de la femme (Thèse de Paris, 1929).
- NAVRATIL et KRAMER. — Endometriose in der Armmnsulatur (*Klin. Woch.*, 28 nov. 1936).
- NEUWEILLER. — Beitrag zur Klinik der endometrioiden Wucherungen (*Schweiz. Med. Klin.*, 1926).
- OKINCZYC. — Les endométriomes (*Paris Medical*, 18 déc. 1937).
- PALMER. — Endometrioma of vulva and perineum (*Proceed of the Roy. Soc. Med.*, 1925).
- PRAGER. — Ein Fall von endometriose am Damm (*Zentr. fur Gyn.*, 1932).
- PRATT. — Adenomyoma or Endometrial implants in the abdominal Wall (*The Journ. of the Michigan St. Med. Soc.*, 1927).
- QUEIROZ (A. P. de). — Contribution à l'étude du solénome (*Bahia Medica*, juillet 1932).
- ROULLAND et ISIDOR. — Théorie dysembryoplasique de l'endométriome (*Ann. Anat. Path.*, janvier 1937).
- ROYER. — Les endométriomes de l'ombilic (Thèse Paris, 1934).
- SAMPSON. — Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity (*Ann. J. Obst. Gyn.*, 1927).
- SCHICKELÉ. — (*Mön. Geb. Gyn.*, 1913).
- STULTZ. — Endométriome dans une cicatrice de laparotomie (*Bull. et Mém. Societ. Chirurg. de Paris*, 1933).
- VALÉRIO-BELGRANO. — Endométriome périnéale.
- VIOLET. — Endométriome dans une cicatrice de déchirure périnéale (*Presse Médicale*, 1927).
- WEISS et FOBE. — (*Bull. Obst. et Gyn.*, Strasbourg 1936).

WEISS et SYNEPHIAS. — Endométriomes du périnée (*Ann. Anat. Path.*, juillet 1938).

ZAHEDI. — Localisations extra-péritonéales de l'endométriose (Thèse Lyon, 1937).
